

## Le disuguaglianze nella salute: il caso del mal di schiena

### 1. Disparità di salute ed equità di salute

La disparità della salute è definita come "un particolare tipo di differenza di salute che è strettamente collegata allo svantaggio economico, sociale o ambientale" [40]. Di conseguenza, l'equità nella salute è "l'assenza di differenze di salute ingiuste, evitabili o rimediabili tra gruppi di popolazione definiti socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente" [38]. Le disparità negli esiti sanitari sono state documentate sia all'interno della nazione che tra nazioni [14; 25] e sono determinanti degli esiti sanitari più forti della qualità e della disponibilità delle cure mediche [5].

### 2. Le disparità nel mal di schiena sono state documentate in tutto il mondo

Una recente revisione sistematica delle determinanti sociali di salute nella lombalgia in 17 Paesi ha mostrato importanti associazioni tra genere, razza, etnia, istruzione, occupazione e stato socioeconomico e risvolti importanti della lombalgia (p. es., prevalenza, intensità e livello di disabilità) [14]. Le differenze di salute dovute al luogo in cui vivi, alla razza o al sesso hanno importanti costi sociali ed economici.

### 3. Razza ed etnia non sono sinonimi

La razza è definita come "le differenze fisiche che i gruppi e le culture considerano socialmente significative" (una solida mole di studi sociali, antropologici e genetici hanno definitivamente concluso che non esista il concetto di differenza di razze applicato al genere umano, ndt)(vedi nota di Enciclopedia Britannica a pie' pagina) , mentre l'etnia si riferisce alle "caratteristiche culturali condivise come lingua, ascendenza, pratiche e credenze" [1]. Razza ed etnia, se usate in modo intercambiabile, non riescono a cogliere la distinzione per cui un individuo può appartenere a una razza, ma può essere multietnico come lingua, cultura e religione. In una società, in presenza di relazioni razziali ingiuste, diventa molto difficile separare l'etnia dalla razza in modo significativo; in questi casi i termini razza / etnia sono usati congiuntamente [17].

### 4. Le disparità razziali ed etniche portano a un trattamento insufficiente del mal di schiena

Le disparità razziali ed etniche nell'assistenza sanitaria [36] persistono anche dopo aver modificato le differenze nei fattori correlati all'accesso, nei bisogni, nelle preferenze e nell'adeguatezza dell'intervento. Con riferimento specifico alla lombalgia, sono stati ampiamente documentate le disparità razziali ed etniche nella prescrizione di oppioidi nei reparti di emergenza e nelle strutture ambulatoriali [16; 23; 26; 27]. Nonostante le minoranze razziali / etniche riferissero forti dolori alla schiena e livelli di disabilità, gli operatori sanitari erano più propensi a riconoscer loro un dolore meno grave, meno propensi a indirizzarli a diagnostica per immagini [4] e più propensi a raccomandare una terapia non oppioide [23].

## **5. Le disparità razziali ed etniche danneggiano la misurazione e la comprensione delle esperienze di dolore in varie popolazioni**

Senza concezioni relative al dolore, metodi di misurazione e quadri interpretativi capaci di cogliere e adattarsi anche agli aspetti culturali, persisteranno le disparità razziali ed etniche nel dolore da lombalgia. Ad esempio, l'applicazione di misurazioni non adatte per essere utilizzate nelle comunità indigene in Australia ha impedito di cogliere appieno la loro esperienza di dolore [28] e di conseguenza ha avuto un impatto su valutazione e trattamento del dolore. Si tratta di un aspetto importante considerando che in alcune comunità, come per esempio la comunità canadese Mi'kmaq, non esiste una parola per "dolore", ma solo espressioni per "ferita" [19]. In questo contesto, l'uso di scale numeriche o di scale del dolore con le faccine, come descrittori del dolore era percepito come privo di significato.

Sono stati fatti degli sforzi per creare scale culturalmente adattate. Ad esempio, una revisione sistematica dell'adattamento interculturale di un indice di disabilità funzionale per il mal di schiena, l'Oswestry Disability Index, ha individuato 27 diversi adattamenti del questionario [43]. Tali sforzi sono un passo nella giusta direzione, ma occorre fare molto di più in questo campo.

## **6. Le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di soffrire di lombalgia**

Le differenze nei modi di essere e di agire legati a modelli socialmente costruiti di mascolinità e femminilità (genere) [7] e le caratteristiche biologicamente determinate (sesso) sono state associate a vari aspetti dell'esperienza di mal di schiena [42].

La prevalenza della lombalgia è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (rapporto intorno a 1,27), e questa differenza è maggiore quando le donne raggiungono la fase postmenopausale [9; 41]. Per spiegare queste differenze sono stati indicati, a livello intraindividuale, situazionale, posizionale e ideologico [2], molteplici fattori correlati al sesso (ad esempio, ormonali, differenze nel sistema oppioide endogeno) [9; 21] e fattori correlati al genere (p. es., caratteristiche, aspettative di ruolo, atteggiamenti, stereotipi, norme, asimmetrie di stato/potere, ideologie), tuttavia una comprensione completa del mal di schiena nei gruppi minoritari (inclusa la comunità LGBTQI) è scarsamente documentata [21].

## **7. Esistono differenze di sesso e genere nell'accesso all'assistenza sanitaria e nei trattamenti per la lombalgia**

Le donne cercano assistenza sanitaria per la lombalgia più spesso e in numero maggiore rispetto agli uomini [8; 15]. Ciò potrebbe riflettere il fatto che le donne presentano livelli generalmente più alti di comportamenti di ricerca della salute. Ma questo potrebbe anche essere in parte spiegato da livelli più elevati di intensità e gravità del dolore da loro riportati, portando ad esempio a più appuntamenti dal medico o alla prescrizione di analgesici [21]. Una revisione qualitativa, secondo teoria del bias di genere nel dolore cronico, suggerisce

che al di là delle norme di genere sul dolore e la reazione correlata al dolore, il bias di genere è presente nel trattamento del dolore cronico che non può essere semplicemente spiegato da differenti esigenze mediche [35].

## **8. Le situazioni socioeconomiche sono associate a una prognosi infausta del mal di schiena**

Un recente studio europeo ha mostrato che le disuguaglianze socioeconomiche nella prevalenza del mal di schiena potrebbero essere meno pronunciate rispetto ad altre condizioni di dolore (ad esempio, dolore alla mano / al braccio); tuttavia, c'era una grande eterogeneità regionale [39]. Oltre alla semplice prevalenza del dolore, è stato dimostrato che la posizione socioeconomica, ad esempio il livello di istruzione, è associata alla recidiva della lombalgia e della disabilità, più di quanto non sia associata a nuova insorgenza di mal di schiena [6]. Le ragioni di queste disuguaglianze sono multifattoriali e comprendono la variabilità dei fattori di rischio comportamentali e ambientali, la condizione occupazionale e le barriere all'accesso e all'utilizzo delle risorse sanitarie [6]. Ci sono anche prove che suggeriscono che la situazione socioeconomica dell'infanzia è un fattore di rischio per il mal di schiena in età adulta [18; 29]. L'entità di queste disuguaglianze è in aumento e questo sembra essere particolarmente vero per gli uomini [12] e persistono fino all'età adulta [13].

## **9. La posizione socioeconomica del paziente influenza la valutazione e il trattamento del dolore**

A differenza delle caratteristiche di razza / etnia o sesso / genere, il ruolo della categorizzazione degli individui in base alla loro classe sociale, è stato meno studiato nel contesto della valutazione e del trattamento del mal di schiena [11; 34]. Recenti studi sulla classe sociale nel dolore cronico suggeriscono più ampiamente che gli individui con una bassa posizione socioeconomica sono valutati dagli operatori sanitari come soggetti a minore intensità di dolore, meno credibili, come se il loro dolore fosse più fortemente influenzato da fattori psicologici rispetto agli individui con uno stato socioeconomico più elevato [3].

## **10. C'è motivo di sperare in un futuro migliore**

Sono state avviate diverse iniziative mondiali per il raggiungimento dell'equità nella salute e per ridurre al minimo le disparità di salute, ad es. l'iniziativa Healthy People 2020 lanciata negli Stati Uniti [33], il programma educativo culturalmente appropriato "My Back on Track, My Future" [22] per le comunità indigene australiane. Inoltre, anche le campagne Pain Revolution (Australia) [31], Pain BC (Canada) [30] e Flippin 'Pain (Regno Unito) [10] sono esempi dei recenti sforzi per adottare un approccio più equo nell'alfabetizzazione del dolore e per l'empowerment delle persone. Sebbene non specifici per il mal di schiena, queste iniziative aiutano ad acquisire conoscenze e informare la politica. Questi tentativi possono essere facilmente adottati da altri gruppi minoritari per superare le disparità di salute e raggiungere l'equità nella salute nel mal di schiena.

## Bibliografia

- [1] American Psychological Association. Bias-Free Language. Publication manual of the American Psychological Association. Washington DC: American Psychological Association, 2019.
- [2] Bernardes SF, Keogh E, Lima ML. Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. *Eur J Pain* 2008;12(4):427-440.
- [3] Brandao T, Campos L, de Ruddere L, Goubert L, Bernardes SF. Classism in Pain Care: The Role of Patient Socioeconomic Status on Nurses' Pain Assessment and Management Practices. *Pain medicine* 2019;20(11):2094-2105.
- [4] Carey TS, Garrett JM. The relation of race to outcomes and the use of health care services for acute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28(4):390-394.
- [5] Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, Health, Public Policy Committee of the American College of P. Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med* 2018;168(8):577-578.
- [6] Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(7):455-468.
- [7] Dorlin E. L'historicité du sexe. Sexe, genre et sexualités: Presses universitaires de France, 2008. pp. 33-54.
- [8] Elsamadicy AA, Reddy GB, Nayar G, Sergesketter A, Zakare-Fagbamila R, Karikari IO, Gottfried ON. Impact of Gender Disparities on Short-Term and Long-Term Patient Reported Outcomes and Satisfaction Measures After Elective Lumbar Spine Surgery: A Single Institutional Study of 384 Patients. *World Neurosurg* 2017;107:952-958.
- [9] Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL, 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009;10(5):447-485.
- [10] Flippin' Pain. <https://www.flippinpain.co.uk/>.
- [11] Gebauer S, Salas J, Scherrer JF. Neighborhood Socioeconomic Status and Receipt of Opioid Medication for New Back Pain Diagnosis. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 2017;30(6):775-783.
- [12] Grossschadl F, Stolz E, Mayerl H, Rasky E, Freidl W, Stronegger W. Educational inequality as a predictor of rising back pain prevalence in Austria-sex differences. *Eur J Public Health* 2016;26(2):248-253.
- [13] Ikeda T, Sugiyama K, Aida J, Tsuboya T, Watabiki N, Kondo K, Osaka K. Socioeconomic inequalities in low back pain among older people: the JAGES cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2019;18(1):15.
- [14] Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain* 2020;161(11):2476-2493.
- [15] Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropractic & osteopathy* 2005;13:13.
- [16] King C, Liu X. Racial and Ethnic Disparities in Opioid Use Among US Adults With Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2020;45(15):1062-1066.
- [17] Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(10):693-700.
- [18] Lallukka T, Viikari-Juntura E, Raitakari OT, Kahonen M, Lehtimäki T, Viikari J, Solovieva S. Childhood and adult socio-economic position and social mobility as determinants of low back pain outcomes. *Eur J Pain* 2014;18(1):128-138.
- [19] Latimer M, Finley GA, Rudderham S, Inglis S, Francis J, Young S, Hutt-MacLeod D. Expression of pain among Mi'kmaq children in one Atlantic Canadian community: a qualitative study. *CMAJ Open* 2014;2(3):E133-138.
- [20] LaVeist TA, Gaskin D, Richard P. Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. *Int J Health Serv* 2011;41(2):231-238.
- [21] Leresche L. Defining gender disparities in pain management. *Clin Orthop Relat Res* 2011;469(7):1871-1877.
- [22] Lin IB, Ryder K, Coffin J, Green C, Dalgety E, Scott B, Straker LM, Smith AJ, O'Sullivan PB. Addressing Disparities in Low Back Pain Care by Developing Culturally Appropriate Information for Aboriginal Australians: "My Back on Track, My Future". *Pain medicine* 2017;18(11):2070-2080.
- [23] Ly DP. Racial and Ethnic Disparities in the Evaluation and Management of Pain in the Outpatient Setting, 2006-2015. *Pain medicine* 2019;20(2):223-232.
- [24] Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(5):412-419.
- [25] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-1669.
- [26] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain medicine* 2012;13(2):150-174.
- [27] Mills AM, Shofer FS, Boulis AK, Holena DN, Abuhl SB. Racial disparity in analgesic treatment for ED patients with abdominal or back pain. *Am J Emerg Med* 2011;29(7):752-756.
- [28] Mittinty MM, McNeil DW, Jamieson LM. Limited evidence to measure the impact of chronic pain on health outcomes of Indigenous people. *J Psychosom Res* 2018;107:53-54.
- [29] Muthuri SG, Kuh D, Cooper R. Longitudinal profiles of back pain across adulthood and their relationship with childhood factors: evidence from the 1946 British birth cohort. *Pain* 2018;159(4):764-774.
- [30] Pain BC. <https://www.painbc.ca/>.
- [31] Pain Revolution. <https://www.painrevolution.org/>.
- [32] Politzer E, Shmueli A, Avni S. The economic burden of health disparities related to socioeconomic status in Israel. *Isr J Health Policy Res* 2019;8(1):46.

- [33] Promotion OoDPaH. Healthy People 2020, Vol. 2020, 2020.
- [34] Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza Junior PRB, Castanheira D. Chronic low back pain treatment in Brazil: inequalities and associated factors. *Cien Saude Colet* 2019;24(11):4211-4226.
- [35] Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag* 2018;2018:6358624.
- [36] Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: Institute of Medicine, 2003.
- [37] Social D, Science Integration Directorate PHAoC. Report summary - The Direct Economic Burden of Socioeconomic Health Inequalities in Canada: An Analysis of Health Care Costs by Income Level. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2016;36(6):118-119.
- [38] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 79.
- [39] Todd A, McNamara CL, Balaj M, Huijts T, Akhter N, Thomson K, Kasim A, Eikemo TA, Bambra C. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *Eur J Pain* 2019;23(8):1425-1436.
- [40] U.S. Department of Health and Human Services. The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Phase I report: Recommendations for the framework and format of Healthy People 2020 [Internet]. Section IV: Advisory Committee findings and recommendations, 2010.
- [41] Wang YX, Wang JQ, Kaplar Z. Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: evidences based on synthetic literature review. *Quant Imaging Med Surg* 2016;6(2):199-206.
- [42] Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* 2020;8(6):299.
- [43] Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang PX, Sun YL, Wang J, Wang YJ, Cui XJ. A Systematic Review of Cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)* 2016;41(24):E1470-E1478.

## Autori

### **M. Gabrielle Pagé\*, PhD**

Assistant professor and research scholar, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, & Department of Psychology, Faculty of Arts and Science, University of Montreal, Montreal, QC, Canada; [gabrielle.page@umontreal.ca](mailto:gabrielle.page@umontreal.ca)

### **Manasi Murthy Mittinty, MD (Medicine), PhD**

Co-chair of the Sex, Gender and Race Special Interest Group of the International Association for the Study of Pain; Lecturer, Pain Management Research institute, University of Sydney, Australia

### **Kobina Gyakyé deGraft-Johnson, MBChB, FGCS (Anaesthesia), PGDip Interdisc Pain Mgt**

Consultant Anaesthetist and Pain Specialist, Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana; [p.degraff-johnson@kbth.gov.gh](mailto:p.degraff-johnson@kbth.gov.gh)

## Revisori

### **Lorimer Moseley**

AO Chair in Physiotherapy UniSA Allied Health & Human Performance  
University of South Australia Australia

### **Sónia F. Bernardes**

Associate Professor with Habilitation Department of Social and Organizational Psychology  
ISCTE-IUL Lisbon, Portugal

## Traduzione a cura di

**Dr. Lorenza Saini** - Associazione Italiana per lo Studio sul Dolore (AISD)

**Dr. Fabrizio La Mura** - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia